

## DOMICILIACIÓN BANCARIA

Autorizo al COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE LA PROVINCIA DE A CORUÑA, para que presente al cobro las cuotas reglamentarias mensuales a mi cargo a la cuenta bancaria que se indica seguidamente:

Nombre y apellidos del farmacéutico

NIF

Nombre y apellidos del titular de la cuenta o libreta

IBAN

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del titular de la cuenta